



Gminne Centrum Usług Społecznych w Szczytnie

ul. Towarowa 3, 12-100 Szczytno

e-mail : cus@ug.szczytno.pl, tel. (89) 613-11-37

NIP : 745-158-69-80, REGON : 004458799

adres doręczeń elektronicznych (ADE): **AE:PL-99479-56861-RHRVE-33**

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**NA POTRZEBY GCUS W SZCZYTNI CELEM PRYZNANIA USŁUG OPIEKUŃCZYCH
W MIEJSCU ZAMIESZKANIA**

Zaświadcza się, że:

Pan(i)

PESEL:

Zamieszkała(y) w

Diagnoza – rozpoznanie

.....

.....

Ze względu na zły stan zdrowia wymaga pomocy w postaci usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania

w następującym zakresie usług :

1. zaspokojenie codziennych potrzeb życiowych;
2. opieka higieniczna, zlecana przez lekarza, pielęgniarkę;
3. zapewnienie kontaktu z otoczeniem

Mając na uwadze powyższe zleca się usługi opiekuńcze w wymiarze:

1. w zależności od potrzeb według wniosku;
2. w wymiarze godz. dziennie, przez dni w tygodniu

w dni robocze

w okresie od do

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis i pieczęć lekarza)

/odpowiednio podkreślić lub wypisać/

